Juror Badge # / *(Número de gafete de Jurado #)*_____

ARIZONA LENGTHY TRIAL FUND JUROR CLAIM FORM / *(FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE JURADO DEL FONDO PARA JUICIOS ORALES PROLONGADOS DE ARIZONA)*

The following information is needed to process your claim. The information you provide will be used for administrative purposes only and will not be open to public inspection. / (*Se necesitará la siguiente información para tramitar su reclamación. La información que usted proporciona se utilizará solamente para fines administrativos y no se revelará al público.)*

Complete either Section A, B or C of this form, depending on your employment status. Everyone must complete Section D. Everyone must sign this form under oath or affirmation. If you complete SECTION B, PART 1, you must submit the form to your employer for completion of SECTION B, PART 2. If you complete SECTION C, you must sign in the presence of a Notary Public or Clerk of Court. If you complete either SECTION B or C, you must attach documentation to support your claim such as copies of recent pay stubs or your IRS Form 1040 income tax return for the prior year. / *(Llene la SECCIÓN A, B o C de este formulario dependiendo de su situación laboral. Se deberá llenar la Sección D así como firmar este formulario bajo juramento o afirmación sin excepción. Si usted llena la SECCIÓN B, PARTE 1 deberá entregar el formulario a su empleador para que este complete la SECCIÓN B, PARTE 2. Si usted llena la SECCIÓN C deberá firmar este formulario ante notario o un secretario delegado del tribunal. Si usted llena la SECCIÓN B o C deberá incluir documentos que justifican su reclamación, como por ejemplo, copias de recibos de nómina recientes o el formulario 1040 de su declaración de impuestos federales sobre la renta del año anterior.)*

Submit your completed claim form and supporting documentation to the Jury Commissioner for processing. / *(Entregue al comisionado encargado de citar a los jurados el formulario de reclamación completado y la documentación justificativa para su tramitación.)*

Section A – JURORS WHO ARE UNEMPLOYED OR RETIRED SHOULD COMPLETE THIS SECTION AND THEN GO TO SECTION D. / (*SECCIÓN A - LOS JURADOS DESEMPLEADOS O JUBILADOS DEBERÁN LLENAR ESTA SECCIÓN Y DESPUÉS DIRIJIRSE A LA SECCIÓN D.)*

1. **I, [print full name]_____, do hereby claim payment from the Arizona Lengthy Trial Fund for my recent jury service on a trial that lasted more than five days. My employer does not pay me for all of the time I missed work due to my jury service. /**

A COMPLETED CLAIM FORM AND ALL SUPPORTING DOCUMENTATION MUST BE SUBMITTED TO THE JURY COMMISSIONER NO LATER THAN 30 DAYS AFTER YOUR JURY SERVICE IS COMPLETED. CLAIM FORMS AND DOCUMENTATION SUBMITTED AFTER 30 DAYS WILL NOT BE PROCESSED OR APPROVED.

(Yo, [escriba su nombre completo en letra de molde] XXX, por medio de la presente solicito al Fondo de juicios orales prolongados de Arizona un pago por haber cumplido recientemente mis funciones como jurado en un juicio oral que duró más de cinco días.)

2. **(Check the one box that applies to you):** / *(Elija la casilla que le corresponda:)*
   [ ] **I have attached a copy of my employer's jury service policy.** / *(X Actualmente estoy desempleado y por lo tanto pido el pago mínimo de acuerdo con la ley.)*
   [ ] **My employer does not have a written jury service policy.** / *(X Estoy jubilado y por lo tanto pido el pago mínimo de acuerdo con la ley.)*

Go to SECTION D. / *(Diríjase a la SECCIÓN D.)*

SECTION B, PART 1 – JURORS WHO ARE PAID A REGULAR HOURLY WAGE OR A REGULAR SALARY SHOULD COMPLETE THIS SECTION. SUPPORTING DOCUMENTATION MUST BE ATTACHED. / *(SECCIÓN B, PARTE 1 - LOS JURADOS QUE RECIBAN UN SUELDO REGULAR POR HORA O UN SALARIO REGULAR DEBERÁN LLENAR ESTA SECCIÓN. SE DEBERÁ ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA.)*

1. **I, [print full name]_____, do hereby claim payment from the Arizona Lengthy Trial Fund for my recent jury service on a trial that lasted more than five days. My employer does not pay me for all of the time I missed work due to my jury service**. / *(Yo, [escriba su nombre completo en letra de molde] XXX, por medio de la presente solicito Al Fondo de juicios orales prolongados de Arizona un pago por haber cumplido recientemente mis funciones como jurado en un juicio oral que duró más de cinco días. Mi empleador no me paga todo el tiempo que falté en el trabajo debido al cargo de jurado que desempeñé.)*

2. **(Check the one box that applies to you):** / *(Elija la casilla que le corresponda:)*
   [ ] **I have attached a copy of my employer's jury service policy.** / *(Adjunto una copia de la política de mi empleador sobre el cargo de jurado.)*
   [ ] **My employer does not have a written jury service policy. /** *(Mi empleador no tiene una política por escrito sobre el cargo de jurado.)*

A COMPLETED CLAIM FORM AND ALL SUPPORTING DOCUMENTATION MUST BE SUBMITTED TO THE JURY COMMISSIONER NO LATER THAN 30 DAYS AFTER YOUR JURY SERVICE IS COMPLETED. CLAIM FORMS AND DOCUMENTATION SUBMITTED AFTER 30 DAYS WILL NOT BE PROCESSED OR APPROVED.

To determine the amount of your claim, complete the information below. Attach additional pages if you need to explain overtime pay or if your work schedule varies. / *(Para calcular el monto de su reclamación, llene la información a continuación. Adjunte páginas adicionales si usted necesita explicar horas extras o si su horario laboral varía.)*

3. **The following describes how I am paid (choose a or b.):** / (*La siguiente información describe cómo se me paga (elija a o b)):*
   a. **I am paid by the hour and normally work hours per day. I earn $_____per hour**. / *(Se me paga por hora y normalmente trabajo X horas al día. Gano $XX.XX por hora.)*

   I normally work the following days of the week (circle all that apply): / *(Por lo regular trabajo los siguientes días de la semana (ponga un círculo en todos los días que le correspondan)):*

Sunday	**Monday**	**Tuesday**	**Wednesday**	**Thursday**	**Friday**	**Saturday**
(domingo)	*(lunes)*	*(martes)*	*(miércoles)*	*(jueves)*	*(viernes)*	*(sábado)*

   I am paid by the hour and normally work_____hours of overtime per day for which I am paid $_____per hour. / (*Se me paga por hora y normalmente trabajo X horas extras al día, por los cuales recibo $ XX.XX por hora.)*

   I normally work overtime the following days of the week (circle all that apply): / *(Por lo regular trabajo horas extras durante los siguientes días de la semana (ponga un círculo en todos los días que le correspondan)):*

Sunday	**Monday**	**Tuesday**	**Wednesday**	**Thursday**	**Friday**	**Saturday**
(domingo)	*(lunes)*	*(martes)*	*(miércoles)*	*(jueves)*	*(viernes)*	*(sábado)*

   b. **I am paid a salary and normally earn $_____per pay period in gross wages**. / *(Recibo un salario y por lo regular gano $XX.XX cada periodo de nómina de ingresos brutos.)*

SECTION B, PART 1 (CONTINUED) / (*SECCIÓN B, PARTE 1 (CONTINUACIÓN))*

4. **My normal workday begins at_____(AM/PM) and ends at_____(AM/PM).** / *(Mi jornada de trabajo normal empieza a las XX:XX (AM/PM) y termina a las XX:XX (AM/PM)).*

5. **My pay period is (circle the one that applies to you):** / *Mi periodo de nómina es (ponga un círculo en la opción que le corresponda):*

Daily	**Weekly**	**Biweekly**	**Semimonthly**	**Monthly**
(diario)	*(seminal)*	*(quincenal)*	*(bimensual)*	*(mensual)*

6. **I was NOT paid by my employer for the following dates of my jury service (Please indicate whether or not you lost an entire shift due to jury service, the amount of pay you lost on each date, and whether**

A COMPLETED CLAIM FORM AND ALL SUPPORTING DOCUMENTATION MUST BE SUBMITTED TO THE JURY COMMISSIONER NO LATER THAN 30 DAYS AFTER YOUR JURY SERVICE IS COMPLETED. CLAIM FORMS AND DOCUMENTATION SUBMITTED AFTER 30 DAYS WILL NOT BE PROCESSED OR APPROVED.

or not you were able to make up your missed shift at another time.): / *(Mi empelador NO me pagó durante las siguientes fechas en las que tengo la obligación de cumplir con mis funciones como jurado. (Indique si usted faltó un turno entero debido a las funciones como jurado, el monto de paga que haya perdido en cada fecha y si usted pudo recuperar o no el turno que faltó.)):* _____

_____

7. **I will continue to lose $_____per day for the following dates of my jury service:** / *(Seguiré perdiendo $XX.XX por día durante las siguientes fechas en las que tengo la obligación de cumplir con mis funciones como Jurado)*:

_____

(Note: If this amount changes, you must submit a revised juror claim form.) *(Aviso: Si este monto cambia, usted deberá entregar un formulario de reclamación de jurado modificado.)*

8. **I have attached copies of my last two pay stubs or (identify other records attached as supporting documentation).** / (*Adjunto copias de mis últimos dos recibos de nómina o (describa los otros documentos justificativos que se adjuntan)).*

_____

Have your employer complete SECTION B, PART 2, then go to SECTION D. / (*Pida que su empleador llene la SECCIÓN B, PARTE 2, después diríjase a la SECCIÓN D).*

SECTION B, PART 2 – TO BE COMPLETED BY YOUR EMPLOYER. / (*SECCIÓN B, PARTE 2 - EL EMPLEADOR DEBERÁ LLENAR ESTA SECCIÓN)*

1. **Company name** / *(Nombre de la empresa)*:_____

2. **Company address** / *(Dirección de la empresa):* _____

3. **Contact person to verify the employment information in SECTION B, PART 1**: **[print name, title, phone number, address]** / *(Persona a la que se puede contactar para confirmar información de empleo en la SECCIÓN B, PARTE 1): [escriba en letra de molde el nombre, título, número de teléfono y dirección]):*

_____

_____

A COMPLETED CLAIM FORM AND ALL SUPPORTING DOCUMENTATION MUST BE SUBMITTED TO THE JURY COMMISSIONER NO LATER THAN 30 DAYS AFTER YOUR JURY SERVICE IS COMPLETED. CLAIM FORMS AND DOCUMENTATION SUBMITTED AFTER 30 DAYS WILL NOT BE PROCESSED OR APPROVED.

I have read the information provided in SECTION B, PART 1 and swear or affirm under penalties of perjury that it is true and correct. / *(He leído la información que se proporcona en la SECCIÓN B, PARTE 1 y juro o afirmo que es fiel y exacta, bajo pena de perjurio).*

_____ _____

Date / *(Fecha)* **Signature of employer or authorized agent** / *(Firma del empleador o agente autorizado)*

SECTION C – JURORS WHO ARE CONTRACT OR TEMPORARY EMPLOYEES, SELF-EMPLOYED, OR WHO ARE PAID COMMISSIONS ONLY SHOULD COMPLETE THIS SECTION. SUPPORTING DOCUMENTATION MUST BE ATTACHED. / *(SECCIÓN C - DEBERÁN LLENAR ESTA SECCIÓN LOS JURADOS QUE SEAN CONTRATISTAS O EMPLEADOS TEMPORALES, AUTÓNOMOS O LOS JURADOS QUE SOLO RECIBAN COMISIONES. SE DEBERÁ ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA)*

1. **I, [print full name]_____, do hereby claim payment from the Arizona Lengthy Trial Fund for my recent jury service on a trial that lasted more than five days. Due to my service as a juror, I lost the following earnings that I would otherwise have made: $_____per day.** / *(Yo, [escriba su nombre completo en letra de molde] XXX, por medio de la presente solicito al Fondo de juicios orales prolongados de Arizona un pago por haber cumplido recientemente mis funciones como jurado en un juicio oral que duró más de cinco días. Debido al cargo de jurado que desempeñé, perdí los siguientes ingresos que de otro modo hubiera ganado: $XX.XX al día).*

2. **My claim is based on the following explanation**: / *(La reclamación que hago se basa en la siguiente explicación)*:_____

_____

_____

4. **I have attached a copy of my last year's 1040 income tax return (do not include income tax schedules), SE Form or (identify the records you have attached) to support my claim (additional documentation may be required).** *(Adjunto una copia del Formulario 1040 de mi declaración de impuestos federales sobre*

A COMPLETED CLAIM FORM AND ALL SUPPORTING DOCUMENTATION MUST BE SUBMITTED TO THE JURY COMMISSIONER NO LATER THAN 30 DAYS AFTER YOUR JURY SERVICE IS COMPLETED. CLAIM FORMS AND DOCUMENTATION SUBMITTED AFTER 30 DAYS WILL NOT BE PROCESSED OR APPROVED.

la renta del año pasado (no incluya los anexos), el Formulario SE (trabajo de autónomo) o (describa los documentos que adjunta) con el fin de justificar la reclamación que hago (es posible que se requieran documentos adicionales)).

Go to <u>SECTION D</u>. / *(Diríjase a la <u>SECCIÓN D</u>).*

SECTION D – MUST BE COMPLETED IN FULL BY JUROR BEFORE PAYMENT CAN BE ISSUED. / *(SECCIÓN D - ANTES DE PODER EMITIR EL PAGO, EL JURADO DEBERÁ LLENAR ESTA SECCIÓN POR COMPLETO).*

1. **My Social Security Number is: _____. (This information is being collected pursuant to 26 U.S.C. §6109 to provide you and the Internal Revenue Service with a FORM 1099 statement if applicable. It will not be used for any other purpose.)** / *(Mi número de Seguro Social es: <u>XXX.XX.XXXX</u>. (Se solicita esta información de acuerdo con el Título 26 del Código Federal de los Estados Unidos §6109 con el objeto de proporcionarle a usted y al Departamento de Hacienda el Formulario 1099, si corresponde. Se utilizará dicha información solamente para tal fin).*

2. **Send my payment to the following address:** / *(Envíe mi pago a la siguiente dirección)*:

_____

_____

3. **Daytime Phone Number** / *(Número de teléfono durante el día)* _____

A COMPLETED CLAIM FORM AND ALL SUPPORTING DOCUMENTATION MUST BE SUBMITTED TO THE JURY COMMISSIONER NO LATER THAN 30 DAYS AFTER YOUR JURY SERVICE IS COMPLETED. CLAIM FORMS AND DOCUMENTATION SUBMITTED AFTER 30 DAYS WILL NOT BE PROCESSED OR APPROVED.

I swear or affirm under penalty of perjury under the laws of the State of Arizona that the information I have provided herein is true and accurate to the best of my knowledge and belief. / *(Juro o afirmo bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del estado de Arizona que la información que proporciono en el presente documento es fiel y exacta según mi leal saber y entender.)*

Pursuant to A.R.S. § 21-222(D)(3), if you reported income from self-employment or you reported compensation other than wages, you must sign this form in the presence of a notary. / (*Según la Ley revisada de Arizona (A.R.S. por sus siglas en inglés) § 21-222(D)(3), si usted declaró ingresos de trabajo autónomo o si declaró alguna remuneración que no sea de un sueldo, usted deberá firmar este formulario ante notario.)*

_____ _____

Date */ (Fecha)* **Signature** */ (Firma)*

STATE OF _____
(ESTADO DE XXX)

COUNTY OF _____
(CONDADO DE XXX)

Subscribed and sworn to or affirmed before me this: _____(date)
(Jurado o aseverado ante mí en la fecha de hoy: XX/XX/XXXX (fecha))

by */ (por)* _____.

_____

(notary seal) */ (sello notarial)* **Deputy Clerk or Notary Public**
(Secretario Auxiliar o Notario publico)

A COMPLETED CLAIM FORM AND ALL SUPPORTING DOCUMENTATION MUST BE SUBMITTED TO THE JURY COMMISSIONER NO LATER THAN 30 DAYS AFTER YOUR JURY SERVICE IS COMPLETED. CLAIM FORMS AND DOCUMENTATION SUBMITTED AFTER 30 DAYS WILL NOT BE PROCESSED OR APPROVED.

FOR COURT USE ONLY:

Case No. _____ Number of ALTF-eligible trial days: _____

[ ] Claim approved in the amount of $40/day.

[ ] Claim approved in the amount of $_____.

[ ] Claim disapproved.

A COMPLETED CLAIM FORM AND ALL SUPPORTING DOCUMENTATION MUST BE SUBMITTED TO THE JURY COMMISSIONER NO LATER THAN 30 DAYS AFTER YOUR JURY SERVICE IS COMPLETED. CLAIM FORMS AND DOCUMENTATION SUBMITTED AFTER 30 DAYS WILL NOT BE PROCESSED OR APPROVED.